Défense assurances
Hospitalisation

demande d'adhésion n° :

Demande d'adhésion à l'Association ADAM et aux contrats groupes à adhésion facultative : pour l'assurance n° 0900101ME souscrit auprès de CCMO Mutuelle, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et pour l'assistance N°921007 souscrite auprès de Mondial Assistance.

CCMO MUTUELLE — Pour nous, l'essentiel c'est vous

☑ **OUI**, je souhaite adhérer à **DEFENSE HOSPITALISATION TOUTES CAUSES.** J'ai bien noté que le montant de l'indemnité et que les garanties d'assistance sont les mêmes pour chaque membre désigné de ma famille.

- **Choisissez l'indemnité journalière** qui vous convient : ☐ **25 €** ☐ **35 €** ☐ **45 €** ☐ **55 €** ☐ **65 €** ☐ **75 €**

-20 % pour votre conjoint

- **Les personnes adhérentes** au contrat sont :

	Nom	Prénom	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Âge à l'adhésion	Cotisation
Vous						€
Votre conjoint						€
Enfant 1						€
Enfant 2						€
Enfant 3						€
Enfant 4						€
Enfant 5						€
Enfant 6						€

- **Ma cotisation mensuelle** ttc pour tous les assurés sera de : (total des colonnes 1 à 8) €
  Cette cotisation inclut l'adhésion à l'Association A.D.A.M. : 1€ / mois quelque soit le nombre d'assuré(s)

- **Voici mes instructions pour le règlement de ma cotisation :**

Date de prélèvement : ☐ **5** ☐ **10** ☐ **15** de chaque mois

Mode de règlement : ☐ Je choisis le règlement par carte bancaire
☐ Je choisis le règlement par prélèvement automatique

☐ Je souhaite percevoir mes indemnités sur un autre compte

Date de mon 1er prélèvement :

Pour des raisons de sécurité, les coordonnées de votre carte bancaire et celles servant au prélèvements aux normes européennes SEPA peuvent vous être demandées directement par notre Conseiller. Vous n'avez rien à écrire. Votre accord se fera par signature électronique si vous le souhaitez et vous recevrez un mail de confirmation par retour.

paiement sécurisé

- **Mes coordonnées :** Adresse :

Code postal : Ville : Tél. fixe : Tél. mobile :

mail : Profession :

60 jours gratuits (1) **-20 % sur la cotisation de votre conjoint**

• J'ai bien noté que je bénéficiais d'un droit de rétractation de 30 jours à compter de la date d'effet de mon adhésion et que les paiements effectués pendant cette période me seront intégralement remboursés.
• J'ai bien noté que je bénéficie d'une période de 30 jours à compter de la date de l'Adhésion pendant laquelle je n'ai pas à verser de cotisation et au cours de laquelle, sous réserve des clauses et conditions des conditions générales, je suis assuré gratuitement, la cotisation étant prise en charge par l'entreprise d'assurance, et (1) d'une période de 30 jours de cotisation offerte lors de mon hospitalisation.

• Je déclare avoir reçu un exemplaire de la présente Demande d'Adhésion et je reconnais en avoir pris connaissance dans son intégralité notamment des textes figurant **AU DOS DE CETTE DERNIÈRE.**

Date d'effet de mon adhésion :

- **Vous :**
Fait à : Paris le :
Signature

- **Votre conjoint :**
Fait à : Paris le :
Signature

DH/CCMO/DE 10-13

A.D.A.M. MONDIAL ASSISTANCE

• **Le souscripteur :** ADAM Association pour le Développement des Assurances pour Mieux vivre, régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, enregistrée à la Préfecture de Police de Paris sous le N° W751212956 - Sise 19, Bd Morland - 75004 Paris • **L'assureur :** CCMO Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité - SIREN 780 508 073 - Siège social : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 60014 Beauvais Cedex • **L'assisteur :** MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris Société de courtage d'assurances Inscription ORIAS 07 026 669 - Siège social : 54, rue de Londres 75008 PARIS • **Le courtier :** AZIMUT Assurances et Réassurance Société de courtage d'Assurance RCS Paris 401 518 212 - Orias : 07000098 - Siège social : 11, rue Marsollier - 75002 PARIS

CCMO MUTUELLE — PREMIUM Assurances & Réassurance

Fausses déclarations :
Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.
Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entrainerait l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances qui prévoient :
- Article L.113-8 *« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*
Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »
- Article L.113-9 *« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »*

Renonciation :
L'assuré peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents contractuels qui auraient été envoyés, à l'adresse suivante :

DEFENSE ASSURANCES
11, rue Marsollier - 75002 PARIS

Dans ce cas, le versement effectué par l'assuré lui sera intégralement remboursé dans les trente jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée avec le modèle de texte suivant :
"Je soussigné(e) (nom, prénom), déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat DEFENSE ASSURANCES HOSPITALISATION TOUTES CAUSES n° XXXXX et demande le remboursement de la cotisation versée, dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du Code des assurances". Les garanties du contrat cessent de produire effet à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée de renonciation.

Loi " Informatique et Libertés " :
Les informations nominatives recueillies dans le cadre de l'adhésion à la présente garantie seront exclusivement utilisées : pour la gestion des adhérents par CCMO Mutuelle, pour l'envoi de documents et propositions nouveaux concernant les produits et services proposés par **AZIMUT Assurances et Réassurance**. Conformément à la loi " Informatique et Libertés " (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), tout assuré peut demander communication et rectification des informations le concernant qui figureraient sur tout fichier de CCMO Mutuelle, de ses réassureurs et son gestionnaire, en écrivant à l'adresse suivante : CCMO Mutuelle, 6 avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex. Tout assuré peut, dans les mêmes conditions, s'opposer à ce que les informations le concernant soient transmises à des organismes tiers. **Vente à distance.** L'achat d'un contrat d'assurance par correspondance, y compris Internet, est soumis à l'application des articles L.221-18 du code de la Mutualité et R.121-2-1 du code de la consommation, à l'exception des articles L.121-20-10, L.121-20-12 et L.121-20-17.

Défense assurances
Hospitalisation

CCMO MUTUELLE
Pour nous, l'essentiel c'est vous

MONDIAL ASSISTANCE

comment vérifier votre cotisation

Avantage Défense Hospitalisation toutes causes

- votre cotisation ne change pas quand vous changez de tranche d'âge.
- vous pouvez donc programmer votre budget sans surprise

Vous pouvez vérifier le montant de votre cotisation mensuelle TTC, utilisez les tableaux ci-dessous et suivez-nous.

1 . Déterminez votre âge et celui de votre conjoint

C'est facile : vous déduisez le nombre de l'année en cours, 2013 par exemple, de votre année de naissance (sans tenir compte du mois) 1964 par exemple.
L'âge retenu pour le calcul de votre adhésion sera : 2013 – 1964 = 49 ans

2 . Choisissez dans le tableau le montant de l'indemnité

Exemple : pour une indemnité de 45 €/j, votre cotisation sera de seulement 20,10 € par mois.

ATTENTION : le montant de l'indemnité journalière que vous aurez choisi sera la même pour chaque personne de votre famille. Il n'est pas possible de choisir un montant d'indemnité différent.

Votre cotisation

	Votre indemnité journalière					
Votre âge	25 € / j	35 € / j	**45 € / j**	55 € / j	65 € / j	75 € / j
18 ans - 39 ans	8,30	11,20	14,10	17,00	19,90	22,70
40 ans - 50 ans	11,60	15,80	**20,10**	24,30	28,50	32,70
51 ans - 60 ans	15,60	21,50	27,30	33,20	39,00	44,80
61 ans - 65 ans	20,00	27,60	35,20	42,80	50,40	58,00
66 ans - 70 ans	22,45	30,99	39,59	48,13	56,73	65,33

Cotisations pour votre conjoint

s'il ou elle souscrit en même temps que vous : **-20 % sur la cotisation de votre conjoint**

	Votre indemnité journalière					
L'âge de votre conjoint	25 € / j	35 € / j	**45 € / j**	55 € / j	65 € / j	75 € / j
18 ans - 39 ans	5,90	8,20	10,50	12,80	15,20	17,40
40 ans - 50 ans	8,50	11,90	**15,30**	18,70	22,00	25,40
51 ans - 60 ans	11,70	16,40	21,10	25,80	30,40	35,10
61 ans - 65 ans	15,20	21,30	27,40	33,50	39,60	45,60
66 ans - 70 ans	17,16	23,99	30,87	37,71	44,59	51,47

Cotisations des enfants mineurs (tarif par enfant) **mini tarif**

	Votre indemnité journalière					
Age de l'enfant	25 € / j	35 € / j	**45 € / j**	55 € / j	65 € / j	75 € / j
Moins de 18 ans	3,90	5,50	**7,10**	8,60	10,20	11,70

Une question ?

DEFENSE ASSURANCES CONTACT :
01 77 75 04 49
ouvert de 9 h 00 à 20 h 00 du lundi au vendredi
Ou : www.defense-assurances.com
24 heures/24 • 7 jours/7

Mode d'emploi

Comment avoir plus d'informations à propos de DÉFENSE HOSPITALISATION TOUTES CAUSES ?
Comment souscrire ?
Déclarer un sinistre ?
Bénéficier des services d'assistance ?
Changer d'option en cours de contrat ?
ou résilier si vous n'êtes pas satisfait ?

C'est très simple, par Internet, téléphone, fax ou courrier !

Pour avoir plus d'informations en échangeant avec un de nos conseillers, faire un devis, souscrire immédiatement :

Par téléphone 01 77 75 04 49 – puis tapez 1
de 9h à 20h du lundi au vendredi (prix d'une communication normale)

Par fax 01 40 15 60 36

Par Internet www.defense-assurances.com
24h/24 et gratuit - Réponse aux mails sous 24h
Depuis le site Internet, demandez à être rappelé(e), ou écrivez-nous un mail, ou discutez par chat comme vous le faites sur msn ou skype.

Par courrier DÉFENSE ASSURANCES - PREMIUM
11 rue Marsollier 75002 Paris
Par courrier votre souscription prendra effet à la date mentionnée sur le tampon de la Poste

Vous êtes déjà client, pour changer d'option, ajouter un bénéficiaire à votre contrat, poser une question, consulter vos remboursements :

Par téléphone 01 77 75 04 49 – puis tapez 2
de 9h à 20h du lundi au vendredi (prix d'une communication normale)

Par fax 01 40 15 60 36

Par Internet www.defense-assurances.com
puis rendez-vous sur votre espace client.
24h/24 et gratuit - Réponse aux mails sous 24h

Vous êtes déjà client et souhaitez déclarer une hospitalisation pour percevoir vos indemnités, utiliser vos services d'assistance… :

Par téléphone 01 77 75 04 49 – puis tapez 3 pour déclarer un sinistre
4 pour profiter de vos services d'assistance
de 9h à 20h du lundi au vendredi (prix d'une communication normale)

Par fax 01 40 15 60 36

Par Internet www.defense-assurances.com
puis rendez-vous sur votre espace client.
24h/24 et gratuit - Réponse aux mails sous 24h

Par courrier DÉFENSE ASSURANCES
11 rue Marsollier 75002 Paris

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privé.